



Commune de Cinqueux

Fiche de renseignements

Année 2023—> 2024

restaurant scolaire

Classe :

L'ENFANT

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse

.....

Les parents	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP Ville		
Tel. domicile		
Tel. travail		
Tel. portable		

Mail Père : @

Mail Mère : @

Situation des parents : | Mariés | Divorcés | Vie Commune | Pacsés | Autre

**LISTE DES PERSONNES A PREVENIR ET HABILITEES A
VENIR CHERCHER L'ENFANT EN CAS D'URGENCE
(hors parents)**

	NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
1 ^{ère}				
2 ^{ème}				
3 ^{ème}				

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

☞ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin;

☞ M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale;

☞ Prend note que mon enfant peut être photographié ou filmé individuellement et/ou en groupe, et que ces photos ou vidéos peuvent être publiées dans le cadre d'illustration ou publications communales (en aucun cas les photos ne pourront être utilisées à des fins commerciales).

Date
Signature

ASSURANCE

Assurance « individuelle accident » étendue aux activités extrascolaires :

Compagnie d'assurance :

N° du contrat :

Joindre une attestation

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? | OUI | NON

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance médicale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? | Asthme | Médicamenteuse.....

| Alimentaire.....

| Autre.....

Port de lunettes | OUI | NON

Prothèse dentaire | OUI | NON

Prothèse auditive | OUI | NON

Divers

Groupe sanguin de l'enfant :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Recommandations des parents

.....
.....
.....

PLANNING DES FREQUENTATIONS

Fréquentation régulière

Planning au mois

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
-------	-------	-------	----------

**Pour toute modification du planning, prévenir 48h00 avant.
(voir règlement intérieur)**

CANTINE

- Repas normal | Repas sans viande | Repas sans porc
 Repas sans sucre | Autre (préciser).....

REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais - Nous reconnaissons

Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine scolaire.

Date
Signature(s)